

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

A Perceção da Autoestima e dos Sentimentos de Solidão em Idosos
Institucionalizados

Tânia Sofia França Luís

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



A Perceção da Autoestima e dos Sentimentos de Solidão em Idosos Institucionalizados

Tânia Sofia França Luís

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em

Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientador: Professor Doutor Carlos Farate

Prof. Associado do ISMT

Coimbra, outubro de 2015

Resumo

Esta investigação tem como objetivo comparar a autoestima e o sentimento de solidão entre idosos em contexto habitacional diferente (comunidade vs. instituição). Realizou-se um estudo comparativo entre três grupos de idosos, 40 idosos institucionalizados, 33 em regime de Centro de Dia e 40 residentes na própria casa. Participaram na investigação 114 indivíduos. A análise da distribuição por género apresenta uma clara feminização, ($n = 79$; 69,3%). A média de idades é de 78,39 anos ($DP = \pm 7,457$), sendo a idade mínima de 65 anos e a máxima de 94 anos. Os instrumentos utilizados para recolher os dados foram o Questionário Sócio Demográfico, a Escala de Solidão da UCLA e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg. No que diz respeito aos sentimentos de solidão, os idosos institucionalizados são os que apresentam mais sentimentos de solidão quando comparados com os que residem em casa própria ($p = 0,045$). Os idosos institucionalizados apresentam ainda níveis mais baixos de autoestima ($p = 0,0001$). Em conclusão, os sentimentos de solidão estão significativamente presentes nesta faixa etária, especialmente entre os idosos que residem em instituições, sendo também estes que apresentam níveis inferiores de autoestima.

Palavras-chave: idosos, institucionalização, sentimentos de solidão, autoestima.

Abstract

This research aimed to compare self-esteem and the feeling of loneliness among the elderly in a different housing context (community vs. institution). It was conducted a comparative study of three groups of elderly, 40 institutionalized elderly, 33 in day center basis and 40 living at home. 114 individuals participated in the research. The analysis by gender distribution shows a clear feminization ($n = 79$; 69.3%). The average age is 78.39 years old ($SD = \pm 7.457$), with a minimum age of 65 and maximum of 94 years old. The instruments used to collect the data were the Questionnaire Socio Demographic, the UCLA Loneliness Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale. With regard to the feelings of loneliness, the institutionalized elderly are those with more feelings of loneliness, compared to those living in own home ($p = 0.045$). The institutionalized elderly have also lower levels of self-esteem ($p = 0.0001$). In conclusion, the feelings of loneliness are significantly present in this age group, especially among the elderly residing in institutions, and these ones have also lower levels of self-esteem.

Keywords: elderly, institutionalization, feelings of loneliness, self-esteem.

Agradecimentos

Nesta etapa da minha vida que se vê agora finalizada, não posso deixar de agradecer a todos os que estiveram presentes ao longo de todo este percurso e que de forma direta ou indireta contribuíram para que pudesse alcançar este objetivo.

Um especial agradecimento a todos os idosos e instituições que me permitiram desenvolver este projeto e que tanto têm para partilhar.

Ao Prof. Doutor Carlos Farate agradeço pela sua partilha de experiências, conhecimentos e apoio que foram fundamentais para o meu enriquecimento profissional... Um muito obrigada!

Aos meus pais e irmã, em especial à minha mãe, que sempre esteve do meu lado ao longo de todo esta caminhada. Obrigada pelo teu apoio e compressão.

Às minhas primas Daniela e Catarina pelo incentivo, ajuda e apoio incondicional, um muito obrigada.

À Prof.^a Doutora Margarida Pocinho pela ajuda e por todo o apoio nesta última fase, um muito obrigado.

Ao meu namorado, pela compreensão e pelo apoio ao longo de todo o meu percurso.

Às minhas amigas, com especial destaque às que me acompanharam durante toda esta fase da minha vida, à Ana Sofia, Ana Simões e Ana Rita Martins, agradeço sobretudo pela paciência e colaboração, apoio e incentivo ao longo de todo este percurso.

A todos os meus amigos que de alguma forma sempre me incentivaram e apoiaram.

Agradeço também a todas as instituições que me permitiram fazer este estudo, nomeadamente à Santa Casa da Misericórdia de Penela, o Lar do Espinhal, o Centro de Dia da Cumieira, a Fundação ADFP de Miranda do Corvo e ao Centro de Dia de Lamas. Obrigado pela disponibilidade e atenção prestada.

Índice

Introdução	1
Metodologia	8
Tipo de estudo	8
Participantes	9
Procedimentos do trabalho de campo.....	9
Instrumentos Psicométricos do Protocolo de investigação	10
<i>Questionário Sócio Demográfico</i>	10
<i>Escala de Solidão da UCLA</i>	10
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)</i>	10
Resultados.....	12
Discussão/conclusão	19
Bibliografia	25

Anexos

Anexo I - Instrumentos de avaliação

Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell

Escala de Autoestima de Rosenberg

Apêndices

Apêndice I - Consentimento Informado para a participação na Investigação

Apêndice II - Pedido de autorização para a realização de um estudo académico

Apêndice III - Questionário Sócio Demográfico

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.	12
Tabela 2. Caracterização da vida diária e familiar da amostra.	13
Tabela 3. Resultados da solidão relativos à situação residencial.	13
Tabela 4. Média da solidão relativamente à situação residencial.	14
Tabela 5. Média da percepção de autoestima relativamente à situação residencial.	14
Tabela 6. Resultados da solidão relativos a outras variáveis sociodemográficas.	15
Tabela 7. Resultados da solidão relativos à vida diária e familiar da amostra.	16
Tabela 8. Resultados da média da autoestima e do desvio padrão relativos a outras variáveis sócio demográficas.	17
Tabela 9. Resultados da média e do desvio padrão da autoestima relativos à vida diária e familiar da amostra.	18
Tabela 10. Correlação entre autoestima e solidão.	19

Introdução

As diversas investigações no que respeita ao fenómeno “envelhecimento humano” são devidas, essencialmente, ao rápido aumento da população idosa. Este fenómeno é observado em todos os países, mas sobretudo nos países industrializados (Robert, 1994, citado em Fernandes, 2000). Em Portugal acentuou-se em função do movimento migratório, próprio de um país “exportador” de mão-de-obra (Paúl, 1997).

Binet & Bourliere (1990, citado em Fernandes 2000, p.21), afirmam que o envelhecimento diz respeito “*a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos*”, enquanto Robert (1994, citado em por Fernandes 2000, p.21), define o envelhecimento como “*a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente*”.

Sayer & Barker (2002, citado em Fonseca, 2006), defendem que as condições ambientais a que os indivíduos estão sujeitos praticamente desde que nascem e a sua maior ou menor plasticidade desenvolvimental ao longo de todo o ciclo vital, acabam por influenciar o próprio envelhecimento.

Diversos autores ao longo dos últimos anos têm defendido que o envelhecimento não é apenas uma questão biológica, é também uma questão social (Fonseca, 2006). Fernandes (1997), Lima & Viegas (1988), citado em Fonseca (2006), caracterizam o envelhecimento opondo-se justamente à sua redução a um simples processo biológico. Defendem que o processo de envelhecimento deve ser percebido como um conceito referente à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo vital, como uma construção social inscrita numa dada conjuntura histórica.

Birren (1995, citado em Fonseca, 2006), defende igualmente que o funcionamento humano não pode ser compreendido pela sua redução à componente biológica, já que devemos ter sempre em conta a sua dimensão psicossocial. Também Paúl (2005, citado em Fonseca, 2006), realça que, mesmo quando se parte de uma perspetiva biológica, é inevitável integrar variáveis psicológicas e sociais na explicação do processo de envelhecimento. Por exemplo, a adoção de determinados estilos de vida ao longo da idade adulta vai refletir-se, mais tarde, num envelhecimento normal ou patológico. Assim, torna-se evidente que o envelhecimento é um processo complexo, universal e contínuo, podendo no entanto observar-se uma evolução mais acentuada na última fase do ciclo vital (Fernandes, 2000).

Para melhor compreender o processo de envelhecimento, é também importante ter em conta os diversos fatores que com ele se relacionam, nomeadamente genéticos e ambientais,

os quais evidenciam que o envelhecimento é diferente de indivíduo para indivíduo (Fernandes, 2000).

O envelhecimento também é influenciado por fatores externos, sócio económicos e profissionais. Ao nível individual exercem influência negativa no envelhecimento, os problemas de obesidade, hábitos tóxicos (álcool, tabaco, drogas) e o não respeito por fatores higiénicos. Aliás, um dos fatores que mais parece contribuir para o envelhecimento é o adoecer somático ou psicossomático (Fernandes, 2000).

Observa-se assim, um crescente interesse em compreender os aspetos inerentes ao envelhecimento de modo a responder adequadamente às necessidades dos idosos e melhorar as suas condições de vida. Dois desses aspetos são a solidão e a autoestima.

Hoje em dia, a solidão, tanto em áreas urbanas como rurais, é considerada um grave problema social e, embora ocorra em todas as faixas etárias, é mais acentuada entre os idosos (Koc, 2012).

No mundo atual, no qual há uma rápida transformação de um estilo de família patriarcal para um estilo de vida familiar baseada na triangulação pais-filhos, os grupos de idosos são fortemente afetados devido à dificuldade em se adaptarem às novas condições de vida e aos novos modelos familiares associados a estas mudanças (Özer, 2001 citado em Koc, 2012).

Existem diversos fatores de risco para a solidão que têm vindo a ser identificados, incluindo as características sociodemográficas (viver sozinho, ser do sexo feminino, não ter filhos), circunstâncias materiais (baixos rendimentos), o estado de saúde (saúde mental, depressão) e eventos adversos da vida (Koc, 2012). Fatores como o enfraquecimento dos laços sociais e familiares e os fenómenos migratórios podem também levar ao aumento dos sentimentos de solidão entre os idosos (Donaldson & Watson, 1996 citado em Koc, 2012). Vários estudos têm demonstrado que a redução auditiva e a perda de um cônjuge parecem estar também relacionadas com o aumento da solidão (Jones et al., 1985, Holmén et al., 1992 citado em Koc, 2012).

O sentimento de solidão causa problemas de saúde tanto física como mental, provoca sentimentos negativos, má qualidade de vida, aumento da mortalidade e muitas vezes leva a um aumento da necessidade de serviços sociais e cuidados de saúde (Donaldson & Watson, 1996 citado em Koc, 2012).

As pessoas que se sentem sós podem estar mais vulneráveis a doenças, devido ao pobre autocuidado. O inverso pode também acontecer, isto é, a diminuição do estado de saúde torna as pessoas mais sós pois não podem comunicar adequadamente, querem esconder

a sua condição, ou simplesmente porque os contatos sociais se tornam mais difíceis (Paúl & Ribeiro, 2009).

Um estudo realizado por Cohen-Mansfield et al., (2009, citado em Koc, 2012), demonstrou que o nível médio de solidão nas pessoas idosas aumenta ao longo do tempo, que existe uma diferença significativa entre grupos de idosos casados e não casados e que a solidão é mais comum em mulheres, pessoas com problemas de saúde e pessoas com recursos financeiros insuficientes. Por outro lado, o sentimento de solidão é determinado pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais, podendo ainda resultar da falta de planos para as atividades diárias (Fernandes, 2000).

De acordo com os dados de estudos realizados na Europa e nos EUA, cerca de 40% dos idosos experienciam algum tipo de solidão (Savikko et al., 2005 citado em Lecovich & Biderman, 2012), sendo que a solidão pode ser definida como um estado emocional aversivo subjetivamente experienciado e relacionado com a percepção das necessidades íntimas e sociais não cumpridas (Peplau & Perlman, 1982 citado em Luanaigh & Lawlor, 2008).

A solidão é o sentimento que surge quando o relacionamento social é sentido de forma incompleta e refere-se à experiência de sentimento negativo devido à inadequação da relação existente (Jong-Gierveld & Havens, 2004, citado em Singh & Srivastava, 2014). Refira-se, por outro lado, que a solidão pode estar associada ao modo como a pessoa idosa percebe, experiencia e avalia o seu isolamento e falta de comunicação com outras pessoas (Paúl & Ribeiro, 2009).

De facto, a causa principal da solidão é uma experiência subjetiva que deriva de alguma forma do défice nas relações sociais significativas e íntimas como demonstrado em vários estudos que revelaram que o apoio social está inversamente correlacionado com a solidão e que a falta de relações estreitas, ausência de amigos, perda do cônjuge, redes de apoio social limitadas e má qualidade das relações foram os principais fatores relacionados com o aumento da solidão (Cacioppo et al., 2006; Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Routasalo et al., 2006; Yildirim & Kocabiyik, 2010 citado em Lecovich & Biderman, 2012).

Diversas intervenções têm sido sugeridas para abordar a solidão, nomeadamente intervenções de rede e de grupos que visam proporcionar apoio social e prestação de serviços (Cattan et al., 2005 citado em Lecovich & Biderman, 2012).

A solidão pode também ser encarada como normal ou patológica, sendo de extrema importância a duração, frequência e gravidade da experiência para fazer esta distinção. Sentimentos de solidão tanto podem ser persistentes ou de curta duração. Sentimentos transitórios de solidão são muitas vezes situacionalmente determinados e normativos,

semelhantes a sintomas depressivos experienciados numa reação de ajustamento. No entanto, sentimentos crónicos ou mais graves de solidão podem ser mais um motivo de preocupação (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Cacioppo et al., (2006, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008) apresentaram uma teoria evolucionista para a solidão onde concluem que esta é uma característica humana que tem evoluído e é hereditária, o que sugere que certos indivíduos são mais vulneráveis a desenvolver sentimentos de solidão em resposta a causas ambientais do que outros. Esta teoria é apoiada por estudos genéticos recentes que mostraram um significativo grau de hereditariedade para a solidão (Boomsma et al., 2005, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008).

Vários estudos demonstram que as mulheres relatam a solidão mais comumente do que os homens, embora alguns não tenham encontrado diferenças de género (Andersson, 1982; Peplau & Perlman, 1982; Qereshi & Walker, 1989, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008). Esta associação do género com a solidão não é totalmente clara, de acordo com a revisão de Routasalo e Pitkala (2003), alguns estudos apresentam os homens como estando mais frequentemente sós que as mulheres, enquanto outros estudos mostram o contrário (Paúl & Ribeiro, 2009).

Fatores como idade avançada, maior probabilidade de ficar viúva e depressão, são todos mais comuns em mulheres. Também tem sido proposto que existe uma tendência de género na autorrevelação, isto é, por vezes, os homens não estão tão dispostos como as mulheres para reconhecer e relatar os seus sentimentos de solidão (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Contudo, várias pesquisas demonstram que a maior frequência de solidão é observada primeiramente pelos homens solteiros, seguida por mulheres solteiras, mulheres casadas e, finalmente, homens casados (Andersson, 1990, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008). Vários estudos revelam que parece existir uma forte relação entre estado civil e solidão uma vez que modera a influência dos contactos sociais com outros membros da família, amigos e vizinhos, favorecendo assim as pessoas casadas (Paúl & Ribeiro, 2009). Embora esta associação com diferentes grupos demográficos não seja inteiramente consistente e exceções possam ocorrer, estas descobertas parecem indicar que o casamento é um pouco protetor contra a solidão (Luanaigh & Lawlor, 2008).

O luto nos idosos parece também ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de solidão (Perlman & Peplau, 1984; Wenger et al., 1996; Victor et al., 2005, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008) pois é plausível que esta possa resultar da morte

de um ente querido através da perda de uma figura de vinculação (Luanaigh & Lawlor, 2008).

No que respeita à idade, ainda não há nenhuma relação direta entre a solidão e o aumento da idade. De facto, sentimentos auto relatados de solidão podem ser maiores nos adolescentes. Embora os dados sejam menos robustos, parece que há um aumento na solidão nas faixas etárias mais elevadas, a partir aproximadamente dos 75 anos do que entre os adultos mais jovens, mas que a prevalência dos níveis de solidão termina após os 90 anos (Perlman & Peplau, 1984, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008).

A depressão e a solidão em pessoas idosas estão fortemente associadas e muitas vezes coocorrem (Creecy et al., 1985; Hansson, et al., 1986; Heikkinen e Kauppinen, 2004, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008). Além disso, a solidão é um consistente e forte fator de risco para a depressão. No entanto, apesar da sobreposição, solidão e depressão são consideradas como entidades distintas. Do ponto de vista clínico, é bem conhecido que as pessoas mais velhas que estão sós, muitas vezes, apresentam sintomas depressivos, mas indivíduos deprimidos nem sempre relatam que se sentem sós.

A solidão também está associada a baixos rendimentos, baixo nível de escolaridade, insatisfação com as condições de vida e residir em instalações institucionais. A falta de uma rede social, ter poucos contactos sociais, viver e estar sozinho estão claramente associados com a solidão (Routasalo & Pitkala, 2003).

A experiência da solidão é diminuída através de fatores tais como ter um amigo próximo, um relacionamento humano significativo e contactos frequentes com amigos e vizinhos. A significância de um amigo da mesma idade tem sido enfatizada. Quando pessoas de idade compartilham o mesmo contexto histórico, valores e experiências de vida semelhantes, podem sentir uma maior compreensão uns pelos outros do que sentiriam com pessoas mais jovens com diferentes experiências de vida. Os vizinhos próximos, ao compartilhar os eventos de vida, diminuem os sentimentos de solidão devido à satisfação com o apoio recebido e a afeição mútua (Routasalo & Pitkala, 2003).

De acordo com Berger (1995, citado em Fernandes, 2000, p. 52), devemos ter em conta que a solidão *“é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita; consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias”*.

A diminuição progressiva da visão, da audição, a insegurança no andar, a doença, a incapacidade e a dependência que se vão instalando são experiências negativas que vão conduzir ao sentimento de solidão se o idoso não tiver apoios familiares ou sociais a que

possa recorrer para minimizar estes problemas. Tudo o que esteja relacionado com a perda de auto estima (perda de papéis, problemas de saúde, reforma, isolamento social, etc.) é suscetível de aumentar a solidão (Fernandes, 2000).

No que diz respeito à autoestima, Serra (1995, citado em Esteves, 2003) define-a como a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral, resultantes da relação que estabelece entre os objetivos que formaliza e o êxito em os alcançar. Quando a avaliação vai de encontro aos objetivos traçados, o indivíduo adquire um sentimento de competência e um nível elevado de auto estima. Se, pelo contrário, os objetivos ficam aquém daquilo que seria de esperar, o indivíduo tende a sentir-se incompetente e com uma baixa autoestima.

Alguns autores defendem que a autoestima é um construto multidimensional, dado que inclui a visão que os indivíduos fazem deles mesmos em todas as dimensões das suas vidas sejam elas psicológicas, sociais, fisiológicas ou físicas.

De Groot, (1992, citado em Rodrigues, 2011) refere que a autoestima pode aumentar pelo envolvimento em várias áreas e pela satisfação nas mesmas, como nos relacionamentos, na educação, no trabalho, no desporto, nos interesses pessoais e na aparência. Defende ainda que as pessoas com uma elevada autoestima tendem a experimentar uma sensação de controlo sobre a direção da sua vida que as faz sentir satisfeitas e realizadas.

Em suma, a autoestima é o resultado da relação entre os objetivos pessoais concretizados e os objetivos pessoais pretendidos em diversos domínios, nomeadamente o domínio emocional, social ou material (Esteves, 2003).

A percepção da autoestima e o sentimento de solidão podem ser influenciados pela institucionalização do idoso. Esta ocorre sobretudo na sequência da incapacidade funcional, combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais (Paúl, 1997). Assim, tendo em conta a perda de autonomia e o estado de saúde geral, os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos (Fernandes, 2000).

Por vezes, em ambientes institucionais os idosos desenvolvem fracas expectativas de auto eficácia, quer devido às suas reais condições de saúde, quer ao estereótipo do idoso como um indivíduo de baixas capacidades. Pode também dever-se a toda uma série de outros fatores ambientais da própria instituição e respetivos funcionários que podem reforçar a ideia do idoso como um incapaz (Paúl, 1997).

De acordo com Herrero (1993, citado em Fernandes, 2000, p.47) o idoso deve ser sensibilizado a realizar atividades que aumentem a sua atividade física e mental pois, caso não aconteça, pode assumir uma atitude passiva. Refere também que há toda a vantagem em

determinar periodicamente os efeitos da institucionalização no idoso, através de escalas que permitem avaliar, de acordo com vários parâmetros, a institucionalização. Defende ainda que devem ser aceites e respeitadas as necessidades sociais, psicológicas, religiosas, culturais, políticas e sexuais dos idosos.

Vários autores referem que a institucionalização tem os seus riscos e perigos, podendo causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas e ausência de estimulação intelectual. Tudo isto pode levar à perda de amor-próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior (Fernandes, 2000).

Contudo, alguns estudos têm mostrado que os efeitos da vida institucional podem ser menos nocivos do que geralmente se supõe. Apesar do impacto que a institucionalização possa ter sobre a interação social, esta parece exercer uma importante influência sobre a autoestima. Existem opiniões diferentes, considerando que a institucionalização poderá ser útil para a auto estima por aumentar as oportunidades de interação e papéis sociais adequados ao idoso (Fernandes, 2000).

A institucionalização pode ser permanente ou ocupar apenas parte do dia do idoso como é o caso dos centros de dia. Estes são um serviço essencial baseado na comunidade para pessoas afetadas por diferentes graus de dependência, que foram desenvolvidos em Israel no início de 1980. Atualmente existem em Israel cerca de 180 centros de dia que servem cerca de 16.000 pessoas (Brodsky et al., 2010 citado em Lecovich & Biderman, 2012) em que a maioria deles opera de acordo com um modelo social (Dabelko & Zimmerman, 2008, citado em Lecovich & Biderman, 2012) e com foco na prestação de serviços sociais e pessoais.

Os centros de dia são um dos principais serviços baseados na comunidade, destinados a melhorar o bem-estar dos idosos que não têm contacto e apoio social (Lecovich & Biderman, 2012).

A solidão é muito comum entre os idosos e os centros de dia surgem então como um meio de aliviar esse tipo de sentimento. Por outras palavras, a frequência de um centro de dia pode ajudar a satisfazer algumas necessidades emocionais e sociais, especialmente para aqueles que estão presos em casa, devido a dificuldades de mobilidade, e pode desempenhar um papel chave na redução dos sentimentos de solidão entre os idosos (Lecovich & Biderman, 2012).

Contudo, o estudo dos benefícios psicossociais dos serviços de dia ao adulto tem sido negligenciado e há uma escassez de estudos que examinem o efeito da presença em centros de dia no bem-estar dos seus utentes. Vários estudos que examinaram os efeitos da frequência de centros de dia produziram resultados inconsistentes. (Dabelko & Zimmerman, 2008, citado em Lecovich & Biderman, 2012).

Baumgarten et al., (2002, citado em Lecovich & Biderman, 2012), por exemplo, não encontraram nenhuma evidência de qualquer efeito em frequentar um centro de dia na ansiedade, depressão, ou estado funcional do utente, enquanto outros estudos (por exemplo Schmitt et al., 2010, citado em Lecovich & Biderman, 2012) descobriram que frequentar centros de dia estava positivamente associado com a qualidade de saúde, depressão e *stress* aliviados (Valadez et al., 2006, citado em Lecovich & Biderman, 2012). Isto sugere que os utentes de centros de dia desfrutam de uma melhor qualidade de vida em relação aos seus homólogos não utentes. Outro estudo (Hashizume & Kanagawa, 1996 citado em Lecovich & Biderman, 2012) descobriu que o uso de centros de dia teve um efeito positivo nos utentes femininos mas nenhuma correlação foi encontrada entre o uso de centros de dia e a qualidade de vida entre os utentes do sexo masculino.

O objetivo geral deste estudo é a avaliação da influência da institucionalização na percepção da autoestima e no sentimento de solidão numa amostra de idosos de dois concelhos do interior do distrito de Coimbra. Este objetivo é especificado em três objetivos que a seguir se indicam. Em primeiro lugar, avaliar em que medida é que a institucionalização vai influenciar a percepção da autoestima e favorecer a emergência de sentimentos de solidão nos idosos institucionalizados em estudo. Em segundo lugar, realizar a análise comparativa entre os níveis de autoestima e os sentimentos de solidão de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Por último, avaliar a influência que as variáveis sociodemográficas (idade, género, zona de residência, estado civil, grau de instrução, situação profissional, percepção do estado de saúde, frequência de visitas familiares, convívio social, envolvimento em atividades culturais e recreativas) exercem na percepção da autoestima e nos sentimentos de solidão da população em estudo.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo empírico de grupo de controlo que recorre à análise descritiva correlacional das variáveis em estudo.

Participantes

Participaram no estudo 114 sujeitos residentes na zona de Penela e de Miranda do Corvo, dos quais 40 idosos estavam institucionalizados, 33 frequentavam centros de dia e 40 idosos residiam em casa própria. Os sujeitos que constituem a amostra em estudo têm idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, sendo 6,1% solteiros, 34,2% casados ou em união de facto, 1,8% divorciados, 0,9% separados e 57% viúvos (Tabela1).

Foram definidos como critérios de inclusão a idade mínima de 65 anos e a ausência de défice cognitivo que invalidasse a compreensão dos instrumentos de avaliação utilizados. A divisão da amostra por estratos etários foi estabelecida de acordo com Spirduso que divide os adultos em indivíduos de meia-idade (de 14 a 64), em idosos jovens (de 65 a 74), em idosos (de 75 a 84), idosos – idosos (de 85 a 99) e por fim, em extremamente idosos (com mais de 100 anos) (Marconcin, 2009).

Procedimentos do trabalho de campo

Aos participantes do estudo foi pedido o seu consentimento para o preenchimento do questionário e garantido que as informações recolhidas eram absolutamente anónimas e confidenciais e servindo apenas os objetivos do estudo. Em relação às instituições foi explicado o objetivo do estudo, primeiramente aos responsáveis da instituição deixando claro que os dados recolhidos seriam utilizados somente para fins científicos. Informou-se ainda os responsáveis sobre a média de tempo necessária para o preenchimento do questionário, para que fossem minimizadas as interferências com o modo de funcionamento da instituição.

Os questionários foram administrados individualmente pela investigadora, procurando-se assegurar a compreensão das questões, motivação para responder e clarificar qualquer inconsistência nas respostas. Posteriormente à recolha dos questionários, estes foram analisados estatisticamente.

Todos os procedimentos estatísticos descritos foram executados através do *Statistical Package for Social Sciences*, (SPSS, versão 17.0; IBM SPSS, Chicago, IL) e considerou-se um nível de 5% de significância. Sempre que necessário e possível recorremos à estatística paramétrica já que segundo Marôco (2013) amostras superiores a 30 sujeitos tendem à normalidade pelo que se deve considerar que neste estudo seja utilizada uma estatística paramétrica.

Instrumentos Psicométricos do Protocolo de investigação

Questionário Sócio Demográfico

Este questionário é composto por 13 questões e inclui os seguintes parâmetros: a idade, o género, a zona de residência, o estado civil, o grau de instrução, a situação residencial, a situação profissional, a percepção do estado de saúde, a frequência de visitas familiares, o convívio social, a percepção de ser passivo ou ativo e o envolvimento em atividades culturais e recreativas.

Escala de Solidão da UCLA

A Escala de Solidão (UCLA) foi originalmente construída por Russel, Replau e Ferguson em 1978 para avaliar a solidão. A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Margarida Pocinho, Carlos Farate e Carlos Amaral Dias em 2005. Dos 20 itens originais, com vista à avaliação dos sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social, foram excluídos 4 itens, ficando a versão portuguesa da UCLA com 16 itens, estando formulada com quatro alternativas de resposta categorizadas que variam entre (1) nunca, (2) raramente, (3) algumas vezes e (4) frequentemente, cujo score global corresponde ao grau de solidão sentida pelo sujeito. Todas as frases foram formuladas negativamente, de forma a refletirem a frequência dos sentimentos de solidão (Pocinho, Farate & Dias, 2010).

A pontuação pode variar entre os 16 e os 64 pontos. As propriedades psicométricas mostraram-se boas, uma vez que em nenhum dos coeficientes de consistência interna medida pelo alfa de Cronbach se obtiveram valores inferiores a 0,8. A pontuação média na versão portuguesa foi de 30,8; o ponto de corte foi de 32 (significando que a pontuação acima deste valor corresponde a presença de solidão e abaixo deste valor a ausência de solidão); a análise fatorial mostrou a existência de dois fatores (isolamento social e afinidade). As propriedades psicométricas revelaram-se adequadas (κ = entre 0,8 e 1; escala total: α = 0,91; subescala isolamento: α = 0,87; subescala afinidade: α = 0,81) (Pocinho, Farate & Dias, 2010).

Escala de Auto-estima de Rosenberg (RSES)

A Escala de Autoestima de Rosenberg é uma medida unidimensional que avalia a autoestima em adultos e adolescentes, sendo esta definida como a orientação positiva ou negativa relativamente a si mesmo. Rosenberg (1989) refere-se à autoestima como um dos componentes do autoconceito, que define como a totalidade dos pensamentos e sentimentos do indivíduo com referência a si próprio enquanto objeto (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011).

A RSES foi desenvolvida a partir das pontuações de cerca de 5000 participantes de ambos os sexos, incluindo estudantes universitários e pessoas adultas provenientes de meios sociais diferentes e grupos étnicos diversificados. É composta por 10 itens (cinco dos quais redigidos em sentido positivo relativamente à autoestima e cinco em sentido inverso). Apesar do autor (1979) ter identificado três componentes da autoestima [o Eu extenso (como o indivíduo se vê a si mesmo), o Eu desejado (como gostaria de ver o seu Eu) e o Eu pressentido (como se mostra aos outros)], a RSES é uma medida unidimensional da autoestima global (Pechorro, 2011). Este é um instrumento de medida breve, global e unidimensional da autoestima, aplicado a pessoas de qualquer idade (Pais Ribeiro, 2007).

Foi construída como uma Escala de Guttman, o que significa que os itens procuram representar um *continuum* de afirmações sobre o valor pessoal, desde afirmações típicas de sujeitos com baixa autoestima a afirmações que decorrem de uma valorização elevada da autoestima. A Escala de Guttman avalia a autoestima através do preenchimento de dez itens, sendo este construto entendido de forma unidimensional, ou seja, um *continuum* com extremos na baixa autoestima e elevada autoestima (Pechorro, 2011).

A RSES também pode ser cotada simplesmente somando os itens tipo *Likert* de quatro pontos (Discordo fortemente = 0, Discordo = 1, Concordo = 2, Concordo fortemente = 3), após se ter feito a reversão dos itens indicados (nomeadamente os itens 2, 5, 6, 8, 9). A pontuação na escala varia entre 0 e 30, sendo que pontuações elevadas na escala indicam autoestima elevada e vice-versa. Alguns autores têm utilizado escalas tipo *Likert* de 5 ou 7 pontos (Pechorro, 2011).

As pontuações na RSES podem ir de 10 a 50, com as mais altas a corresponderem aos mais altos níveis de autoestima. Assim, um *score* de 10 a 20 indica baixa auto estima, um *score* de 21 a 40 indica um grau médio de autoestima e um *score* entre 41 e 50 indica uma elevada autoestima (Pechorro, 2011).

Os estudos efetuados revelam que esta escala tem demonstrado possuir boas propriedades psicométricas. A nível de estabilidade temporal obtiveram-se correlações de 0.82 a 0.88. A nível de consistência interna por alfa de Cronbach obtiveram-se valores de 0.77 a 0.88. A RSES demonstra ter boa validade de construto ao correlacionar-se de forma forte e significativa com outras medidas de autoestima (e.g., Coopersmith SelfEsteem Inventory) e ao não se correlacionar com medidas que envolvem outros construtos diferentes não sobreponíveis (Pechorro, 2011).

Resultados

A amostra total do presente estudo é constituída por 114 participantes idosos de ambos os sexos, residentes no concelho de Penela e Miranda do Corvo, dos quais 41 estão em lares, 33 em centros de dia e 40 na comunidade. Em relação à distribuição das idades os participantes da investigação apresentam idades compreendidas entre os 65 (idade mínima) e os 94 anos (idade máxima), com uma média de idades de 78 anos com desvio padrão de 7,457.

Na Tabela 1 apresentam-se os dados da caracterização da amostra relativamente à idade, ao sexo, ao estado civil, à zona de residência, à escolaridade, à situação residencial e à situação profissional.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Percentagem (%)
Idade	65-74	37	32,5
	75-84	50	43,9
	85-99	27	23,7
Sexo	Masculino	35	30,7
	Feminino	79	69,3
	Solteiro	7	6,1
Estado Civil	Casado ou união de facto	39	34,2
	Divorciado	2	1,8
	Separado	1	0,9
	Viúvo	65	57
Zona de Residência	Centro da Vila	12	10,5
	Aldeia na periferia da vila	85	74,6
	Aldeia ou lugar distante da Vila	17	14,9
	Sem Escolaridade	33	28,9
Escolaridade	1º Ciclo incompleto	44	38,6
	1º Ciclo	32	28,1
	2º Ciclo	3	2,6
	3º Ciclo	1	0,9
	Secundário	1	0,9
	Casa Própria	36	31,6
Situação Residencial	Casa de Familiares	4	3,5
	Lar	41	36
	Centro de Dia	33	28,9
Situação Profissional	Reformado	109	95,6
	Sem Reforma	5	4,4

Na Tabela 2 podem ser consultados os dados sobre a caracterização da vida diária e familiar da amostra relativamente à percepção acerca da sua atividade diária, à percepção do seu estado de saúde, ao tipo de atividades que desenvolvem, à frequência de visitas familiares, à coabitação dos residentes em casa própria e ao gosto pelo convívio social.

Tabela 2. Caracterização da vida diária e familiar da amostra.

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Percentagem (%)
Percepção acerca da sua atividade diária	Autónomo	77	67,5
	Dependente	37	32,5
Percepção do estado de saúde	Saudável	42	36,8
	Doente	72	63,2
	Convívio social	30	26,3
	Trabalhos manuais (rendas; dobrar compressas)	25	22
Tipo de atividades	Jogos	16	14,10
	Passeios	1	0,9
	Sem atividades	42	36,8
	Todos os dias	18	15,8
	Todas as semanas	51	44,7
Frequência de visitas familiares	De duas em duas semanas	11	9,6
	De mês a mês	11	9,6
	Raramente	20	17,5
	Nunca	3	2,6
Coabitação dos Residentes em casa própria	Com familiares	41	36
	Reside sozinho	28	24,6
Gosto pelo convívio social	Sim	113	99,1
	Não	1	0,9

Observa-se na Tabela 3, que há diferenças estatisticamente significativas na solidão, em função da situação residencial. Verifica-se que cerca de metade dos idosos (16, 48,5%) que se encontram em centros de dia percebem sentimentos de solidão, enquanto, entre os idosos institucionalizados, essa percentagem baixa para os 27%. Esta taxa é semelhante àquela que se identifica entre os idosos que coabitam em casa própria.

Tabela 3. Resultados da solidão relativos à situação residencial.

		Sem Solidão	Com Solidão
Situação Residencial	Casa Própria	28 (77,8)	8 (22,2)
	Lar	30 (73,2)	11 (26,8)
	Centro de Dia	17 (51,5)	16 (48,5)
$X^2 = 6,224$		$gl = 2 \quad p = 0,045$	

Observa-se na tabela 4 que o grupo com a média de solidão mais elevada é o do centro de dia, seguido pelo lar e por fim pelos que residem em casa própria.

Como já foi referido existem diferenças estatisticamente significativas na solidão, em função da situação residencial e verifica-se que 6,6% da variância da solidão pode ser explicado pela situação residencial.

Tabela 4. Média da solidão relativamente à situação residencial.

	Situação residencial	Média	n	Desvio Padrão
Solidão	Casa própria	27,1111	36	8,23504
	Lar	29,7561	41	9,01050
	Centro de dia	33,0606	33	9,79138
	Total	29,8818	110	9,23668
$F = 3,76$ $gl = 2$ $p = 0,026$ $\eta^2 = 0,066$				

Pode observar-se a partir da tabela 5 que a média da percepção de autoestima é mais elevada nos idosos que se encontram nas suas próprias casas (31,97%) seguida pelos idosos que estão em lares (28,05%) e por fim os idosos que frequentam os centros de dia (28,03%). Assim, significa que os idosos que se encontram nas suas próprias casas são os que têm uma percepção de auto estima mais elevada.

Observa-se ainda que há diferenças estatisticamente significativas na percepção da autoestima em função da situação residencial, e que 18% da variância da autoestima pode ser explicada pela situação residencial.

Tabela 5. Média da percepção de autoestima relativamente à situação residencial.

	Situação Residencial	Média	N	Desvio padrão
Autoestima	Casa própria	31,9722	36	4,17124
	Lar	28,0488	41	3,75467
	Centro de dia	28,0303	33	4,09638
	Total	29,3273	110	4,37279
$F = 11,714$ $gl = 2$ $p = 0,0001$ $\eta^2 = 0,180$				

Na tabela 6, observa-se que são as mulheres que têm maiores níveis de solidão (32,9%). Os idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos são também os que apresentam níveis de solidão mais elevados, seguidos dos idosos com mais de 85 anos (29,6%) e por fim os idosos com idade igual ou inferior aos 74 anos de idade (24,3%).

No que respeita à zona de residência os idosos que residem em aldeias ou lugares distantes da vila são os que têm maiores níveis de solidão (41,2%), seguidos dos idosos que residem em aldeias na periferia da vila (31,8%), por fim os idosos que residem no centro da vila, são os que apresentam menores níveis de solidão (25%).

Relativamente ao estado civil, os idosos que estão divorciados são os que apresentam maiores níveis de solidão (50%), seguidos pelos que ficaram viúvos (36,9%), os solteiros (28,6%) e os casados ou união de facto (25,6%).

No que respeita à escolaridade os idosos que têm o 1º ciclo incompleto (34,1%) são os que apresentam maiores níveis de solidão, logo depois os que têm o 2º ciclo (33,3%), de seguida os do 1º ciclo (31,3%) e por fim os idosos sem escolaridade (30,3%).

Relativamente à situação profissional os idosos reformados, e que usufruem de subsídio de reforma são os que apresentam maiores níveis de solidão (33,9%).

Tabela 6. Resultados da solidão relativos a outras variáveis sociodemográficas.

		Solidão total			
		Sem solidão		Com solidão	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	24	68,6%	11	31,4%
	Feminino	53	67,1%	26	32,9%
Etário	<= 74	28	75,7%	9	24,3%
	75 – 84	30	60,0%	20	40,0%
	85+	19	70,4%	8	29,6%
Zona de residência	Centro da vila	9	75,0%	3	25,0%
	Aldeia na periferia da vila	58	68,2%	27	31,8%
	Aldeia ou lugar distante da vila	10	58,8%	7	41,2%
Estado civil	Solteiro	5	71,4%	2	28,6%
	Casado ou união de facto	29	74,4%	10	25,6%
	Divorciado	1	50,0%	1	50,0%
	Separado	1	100,0%	0	,0%
	Viúvo	41	63,1%	24	36,9%
Escolaridade	Sem escolaridade	23	69,7%	10	30,3%
	1ºciclo incompleto	29	65,9%	15	34,1%
	1ºciclo	22	68,8%	10	31,3%
	2ºciclo	2	66,7%	1	33,3%
	3ºciclo	1	100,0%	0	,0%
Situação profissional	Secundário	0	,0%	1	100,0%
	Reformado	72	66,1%	37	33,9%
	Sem reforma	5	100,0%	0	,0%

Já os resultados apresentados na Tabela 7 dão conta que existem diferenças estatisticamente significativas na solidão, em função da coabitação dos residentes em casa própria. As pessoas que referem que mesmo estando a residir em habitação própria vivem sozinhas, apresentam níveis mais elevados de solidão quando comparadas com as que residem em habitação própria, mas vivem com familiares. Verifica-se também que existem diferenças estatisticamente significativas na solidão em função da frequência de visitas familiares.

Os idosos que raramente recebem visitas de familiares são os que apresentam níveis mais elevados de solidão. Existem ainda diferenças estatisticamente significativas na solidão em função da percepção da sua atividade diária. Os idosos que referem no seu dia-a-dia ainda se considerarem pessoas ativas são os que apresentam níveis de solidão mais baixos quando comparados com aqueles que dizem já não se sentirem ativos no seu dia-a-dia.

Verificou-se também que os idosos que se consideram doentes apresentam níveis de solidão superiores (36,1) aos que se consideram saudáveis (26,2).

No que respeita ao convívio social os idosos que gostam de conviver são os que apresentam níveis mais baixos (31,9) de solidão.

Tabela 7. Resultados da solidão relativos à vida diária e familiar da amostra.

		Solidão total			
		Sem solidão		Com solidão	
		N	%	N	%
Se reside em casa própria vive com familiares*	Sim	33	80,5%	8	19,5%
	Não	12	42,9%	16	57,1%
Considera ser uma pessoa	Saudável	31	73,8%	11	26,2%
	Doente	46	63,9%	26	36,1%
	Todos os dias	13	72,2%	5	27,8%
	Todas as semanas	41	80,4%	10	19,6%
Frequência de visitas familiares*	De duas em duas semanas	6	54,5%	5	45,5%
	De mês a mês	7	63,6%	4	36,4%
	Raramente	8	40,0%	12	60,0%
	Nunca	2	66,7%	1	33,3%
Gosta de conviver com outras pessoas	Sim	77	68,1%	36	31,9%
	Não	0	,0%	1	100,0%
No seu dia-a-dia acha ser ainda uma pessoa ativa*	Sim	59	76,6%	18	23,4%
	Não	18	48,6%	19	51,4%

Nota: * $p < 0,05$

De acordo com a tabela 8, existem diferenças estatisticamente significativas na solidão em função da zona de residência ($p = 0,011$). Os idosos que residem no centro da vila são os que apresentam uma média de autoestima mais elevada. A consulta da tabela 8 informa-nos que os homens têm uma média de autoestima um pouco superior (29,74%) comparativamente às mulheres (29,11%). Os idosos com idade inferior ou igual a 74 anos são os que têm uma média de autoestima mais elevada (29,78%), seguindo-se os idosos com idades entre os 75 e os 84 anos (29,34%) e por fim os idosos com idade superior a 85 anos (28,59).

No que respeita ao estado civil, aparece com média superior os solteiros (30,29), seguindo-se os casados ou união de facto (30,28), logo depois os viúvos (28,68), depois os divorciados (28,50) e por fim com uma média mais baixa os que estão separados (27).

Quanto à situação profissional, os idosos sem reforma são os que apresentam uma média de autoestima superior (30,40), comparativamente aos idosos com reforma (29,26).

Tabela 8. Resultados da média da autoestima e do desvio padrão relativos a outras variáveis sócio demográficas.

		Autoestima total	
		Média	Desvio Padrão
Sexo	Masculino	29,74	4,23
	Feminino	29,11	4,50
Etário	<= 74	29,78	4,60
	75 – 84	29,34	4,83
	85+	28,59	3,20
	Centro da vila	32,83	3,93
Zona de residência*	Aldeia na periferia da vila	28,80	4,34
	Aldeia ou lugar distante da vila	29,35	4,14
	Solteiro	30,29	2,81
Estado civil	Casado ou união de facto	30,28	3,43
	Divorciado	28,50	4,95
	Separado	27,00	.
	Viúvo	28,68	5,00
	Sem escolaridade	28,82	4,33
Escolaridade	1ºciclo incompleto	28,50	3,14
	1ºciclo	30,75	5,56
	2ºciclo	30,33	3,21
	3ºciclo	37,00	.
	Secundário	24,00	.
Situação profissional	Reformado	29,26	4,47
	Sem reforma	30,40	2,97

* $p < 0,05$

A consulta da Tabela 9 permite identificar diferenças estatisticamente significativas na média da autoestima em função da percepção da saúde. Verifica-se que os idosos que se consideram saudáveis são os que apresentam uma média de auto estima superior (30,98%) comparativamente aos idosos que se consideram doentes (28,33%).

Verifica-se também que existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da autoestima em função da frequência de visitas familiares. Os idosos que nunca recebem visitas são que têm uma média de autoestima superior (32,67%).

Existem ainda diferenças estatisticamente significativas na percepção da autoestima em função da percepção da sua atividade diária. Os idosos que referem no seu dia-a-dia ainda se considerarem pessoas ativas são os que apresentam uma média de autoestima superior (30,68%) quando comparados com aqueles que dizem já não se sentirem ativos no seu dia-a-dia (26,46%).

Através da tabela 9 verificamos que os idosos que coabitam com familiares em sua casa são os que apresentam maior média de autoestima (30,79%) comparativamente aos idosos que residem sozinhos (29,11%). No que toca ao convívio, os idosos que gostam de conviver são os que apresentam maior média de autoestima (29,46%).

Tabela 9. Resultados da média e do desvio padrão da autoestima relativos à vida diária e familiar da amostra.

		Autoestima Total	
		Média	Desvio Padrão
Se reside em casa própria vive com familiares	Sim	30,76	4,55
	Não	29,11	4,47
Considera ser uma pessoa*	Saudável	30,98	4,68
	Doente	28,33	3,96
	Todos os dias	32,00	4,37
	Todas as semanas	29,39	4,13
Frequência de visitas familiares*	De duas em duas semanas	28,73	3,41
	De mês a mês	26,00	6,05
	Raramente	28,30	3,40
	Nunca	32,67	2,08
Gosta de conviver com outras pessoas	Sim	29,46	4,11
	Não	12,00	.
No seu dia-a-dia acha ser ainda uma pessoa ativa*	Sim	30,68	3,77
	Não	26,46	4,32

* $p < 0,05$

Através da tabela 10 observamos que o score da autoestima está correlacionado negativamente com a escala de solidão. Quanto maior é o score da autoestima menor é a escala de solidão ($r = -0,628$, $p < 0,01$). Isto significa que quanto maior é a percepção da autoestima, menor é a solidão.

Tabela 10. Correlação entre autoestima e solidão.

		Solidão total
Autoestima total	Correlação de Pearson	-,628**
	Sig. (2-tailed)	,000
	n	114

Discussão/conclusão

De acordo com os resultados da presente investigação, conduzida em uma amostra da população idosa residente em instituições e na comunidade, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre os níveis de solidão experienciado por cada um destes grupos. Neste estudo, constatou-se que os níveis de solidão percebidos pelos idosos variam consoante a situação residencial, sendo os idosos que residem na instituição os que apresentam níveis de solidão superiores aos idosos residentes na comunidade.

Estes resultados vão no sentido dos que são encontrados na literatura, uma vez que de acordo com vários estudos os sentimentos de solidão variam de forma significativa consoante o contexto habitacional, sendo os idosos que residem em instituições que apresentam mais sentimentos de solidão (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2005).

Como explicação provisória para estes dados podemos avançar o facto de muitos dos idosos institucionalizados sofrerem, mesmo antes da sua institucionalização, um grau elevado de isolamento e uma rede de interações sociais pobre ou inexistente que induz a mais sentimentos de solidão (Martins, 2006).

No que diz respeito à percepção de autoestima pelos idosos, também esta variável psicológica apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da situação residencial. Os idosos que vivem em comunidade apresentam uma média de autoestima superior quando comparados com os idosos que vivem na instituição. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Shyam e Yadev (2006), que verificaram que os idosos não institucionalizados obtiveram valores mais elevados de autoestima comparativamente aos idosos institucionalizados.

Porém, a solidão e a autoestima são influenciadas também por outros fatores para além da situação residencial. Neste sentido, pretendeu-se saber se a solidão exercia alguma influência na percepção da autoestima da população em estudo. De acordo com os dados encontrados, verificou-se que o nível de autoestima está negativa e significativamente correlacionado com os níveis de solidão percecionados pelos idosos. Assim, quanto maiores os níveis de solidão dos idosos, mais baixa é a sua percepção de autoestima.

Segundo Koc (2012) Existem diversos fatores de risco para a solidão que têm vindo a ser identificados, incluindo as características sociodemográficas (viver sozinho, ser do sexo feminino, não ter filhos), circunstâncias materiais (baixos rendimentos), o estado de saúde (saúde mental, depressão) e eventos adversos da vida.

Neste sentido, e no que respeita à solidão, tentámos verificar se outras variáveis sociodemográficas tinham influência na solidão. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na solidão em função da coabitação dos residentes em casa própria. As pessoas que referem que mesmo estando a residir em habitação própria vivem sozinhas, apresentam níveis mais elevados de solidão quando comparadas com as que residem em habitação própria, mas vivem com familiares. Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo de Russell (2009), revelando que aqueles que vivem sozinhos ou com pessoas que não sejam o cônjuge (crianças, outros membros familiares) reportam maior solidão do que aqueles que vivem com o cônjuge. Estas descobertas indicam que a solidão está relacionada com a composição social do agregado familiar, bem como as características do indivíduo.

A frequência de visitas, também revelou ter uma relação estatisticamente significativa com os níveis de solidão. Assim, os idosos que raramente recebem visitas de familiares são os que apresentam níveis mais elevados de solidão. A zona de residência e a percepção da sua atividade diária foram outras variáveis que mostraram ter uma relação estatisticamente significativa com os níveis de solidão. Sendo os idosos que residem numa aldeia ou lugar distante da vila os que apresentam níveis mais elevados de solidão. Os idosos que referem no seu dia-a-dia ainda se considerarem pessoas ativas são os que apresentam níveis de solidão mais baixos quando comparados com aqueles que dizem já não se sentirem ativos no seu dia-a-dia.

Verificou-se também que os idosos que se consideram doentes são os que apresentam maiores níveis de solidão comparativamente aos idosos que se consideram pessoas saudáveis. Este resultado vai de encontro há literatura pois de acordo com vários estudos a autopercepção de saúde foi significativa para explicar a solidão (Lecovich & Biderman, 2012).

No que respeita ao convívio social os idosos que gostam de conviver são os que apresentam níveis mais baixos de solidão.

No que toca ao género, observou-se que são as mulheres que têm maiores níveis de solidão. Estes resultados vão ao encontro dos que encontramos na literatura, uma vez que as mulheres tendem a reportar maior solidão do que os homens quando lhes é pedido o grau de solidão que sentem, sugerindo que os homens podem estar mais relutantes em admitir que têm esses sentimentos (Russell, 2009). Thomopoulo (2010, citado em Singh & Srivastava, 2014) constatou que os homens têm menos sentimentos de solidão do que as mulheres. Especificamente, as mulheres idosas parecem sofrer de solidão em comparação com os homens idosos. Um estudo realizado por Cohen-Mansfield et al., (2009, citado em in Koc, 2012), demonstrou que a solidão é mais comum em mulheres, pessoas com problemas de saúde e pessoas com recursos financeiros insuficientes. Por outro lado, o sentimento de solidão é determinado pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais, podendo ainda resultar da falta de planos para as atividades diárias (Fernandes, 2000). Os idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos são também os que apresentam níveis de solidão mais elevados. Segundo Thomopoulo (2010), a idade (60 – 74 anos) teve menor solidão do que os de idade superior (75 anos e superior).

Outro estudo dá conta, embora com dados menos robustos, que há um aumento na solidão nas faixas etárias mais elevadas, a partir aproximadamente dos 75 anos de idade (Perlman & Peplau, 1984, citado em Luanaigh & Lawlor, 2008).

Relativamente ao estado civil, os idosos que estão divorciados são os que apresentam maiores níveis de solidão. Este resultado vai ao encontro da literatura, já que, por exemplo, Thomopoulo (2010 citado em Singh & Srivastava, 2014) verificou que o estado civil tem também uma grande influência na solidão do idoso, sendo que os idosos casados tiveram solidão mais baixa do que divorciados e viúvas/viúvos. Vários estudos revelam que parece existir uma forte relação entre estado civil e solidão uma vez que modera a influência dos contactos sociais com outros membros da família, amigos e vizinhos, favorecendo assim as pessoas casadas (Paúl & Ribeiro, 2009).

No que respeita à percepção de autoestima, observaram-se também diferenças estatisticamente significativas em algumas variáveis sociodemográficas, nomeadamente na zona de residência, na percepção de saúde, na frequência de visitas familiares bem como na percepção da atividade diária. Verificou-se que os idosos que se consideram saudáveis são os que apresentam uma média de auto estima superior, comparativamente aos idosos que se consideram doentes. Os idosos que nunca recebem visitas são que têm uma média de

autoestima superior, assim como os idosos que referem no seu dia-a-dia ainda se considerarem pessoas ativas são os que apresentam uma média de autoestima superior quando comparados com aqueles que dizem já não se sentirem ativos no seu dia-a-dia. Os idosos que residem no centro da vila são os que apresentam uma média de autoestima mais elevada comparativamente aos idosos que residem em lugares mais distantes da vila.

Neste estudo verificou-se ainda que os idosos que residem nas suas próprias casas, mas que vivem com familiares são os que apresentam maior média de autoestima, comparativamente aos idosos que residem nas suas próprias casa mas que vivem sozinhos. No que toca ao convívio, os idosos que gostam de conviver também estes apresentam maior média de autoestima. No que diz respeito ao género, os homens têm uma média de autoestima um pouco superior comparativamente às mulheres Estes resultados vão ao encontro dos dados do estudo de Shyam e Yadev (2006), segundo os quais, os idosos do sexo masculino obtiveram valores superiores de autoestima em comparação com as mulheres.

Em suma, tudo o que esteja relacionado com a perda de auto estima (perda de papéis, problemas de saúde, reforma, isolamento social, etc.) é suscetível de aumentar a solidão (Fernandes, 2000).

O crescente aumento da população idosa e as diversas consequências do desfasamento demográfico revelam a importância de compreender os processos inerentes ao envelhecimento e ao desenvolvimento de meios que facilitem este processo de modo a responder adequadamente às necessidades dos idosos e melhorar as suas condições de vida. Dois desses aspetos que foram discutidos ao longo do presente estudo são a solidão e a autoestima.

A solidão é um dos problemas mais frequentemente referidos na atualidade. Este sentimento resulta, muito particularmente, do conceito de vida da sociedade moderna, que tende a valorizar essencialmente o que é material, secundarizando a componente afetiva.

Sendo o objetivo principal deste estudo a avaliação da influência da institucionalização na percepção da autoestima e no sentimento de solidão numa amostra de idosos de dois concelhos do interior do distrito de Coimbra, é possível concluir que a variável situação residencial exerce bastante influência tanto na prevalência dos sentimentos de solidão percebidos pelos idosos, como na percepção da sua autoestima.

O facto de por vezes os idosos vivenciarem solidão, poderá estar relacionado com a monotonia dos seus hábitos, uma vez que já não possuem atividade laboral, possuem, muitas vezes, algumas limitações físicas, outro dos aspetos poderá ser a falta de convívio com família ou amigos. As pessoas idosas que referem vivenciar solidão, associam este

sentimento à falta de amor, afeto, companhia, isolamento e abandono familiar, principalmente dos filhos.

Embora já existam outros estudos dentro da mesma temática, esta investigação pretendeu, mais uma vez, dar visibilidade a um problema da atualidade que deverá ser alvo da maior atenção e intervenção por parte de toda a sociedade.

Este estudo apresenta algumas limitações, como o facto de ser um estudo quantitativo e não ter a vertente qualitativa que podia fornecer informações mais completas e deste modo um melhor conhecimento sobre a população idosa. É de assinalar que o questionário sociodemográfico não contemplava a duração da institucionalização, o que permitiria fazer comparações entre diferentes momentos da institucionalização e os níveis de solidão e de auto estima percecionados. Tal constitui igualmente uma sugestão de pesquisa futura.

Outra situação que se apresenta como uma limitação deste estudo, tem a ver com a dimensão da amostra e o facto de esta ter sido recolhida de acordo com os critérios de conveniência e não de modo aleatório, não sendo os resultados passíveis de serem generalizados para a população idosa. Outra limitação vai no sentido de que amostras constituídas por voluntários produzem resultados tendenciosos. Assim, sugerem-se replicações deste estudo em amostras maiores e com critérios de recolha aleatórios.

O facto de os vários grupos (lar, centro de dia e casa) não terem o mesmo número de idosos, constitui também uma limitação do estudo. Assim, tendo em conta que o grupo “lar” tem um número de idosos superior aos restantes grupos (centro de dia e casa), pode influenciar os resultados do estudo.

Apesar do crescente aumento populacional e de investigação nesta população, ainda não existem muitos estudos, acabando por dificultar a comparação dos resultados.

Os resultados desta investigação não são passíveis de serem generalizados para a população idosa mas podem representar como uma informação importante para trabalhos no âmbito da solidão e da autoestima, e a possibilidade de formular novas questões de investigação. Em suma, considera-se que foi alcançado o objetivo subjacente a todo o estudo, permitindo um melhor conhecimento desta população, da sua percepção de autoestima e da percepção de sentimentos de solidão. Os dados obtidos nesta investigação poderão abrir caminho a futuras investigações, podendo enriquecer esta temática e ajudar na elaboração de programas direcionados para esta população.

Parece-nos também que os resultados deste estudo podem fornecer, para além da identificação e modificação dos fatores que predizem a solidão, as identificações de

perspetivas e intervenções terapêuticas dirigidas para a diminuição destes fatores, que possam ter repercussão no quadro clínico da solidão ou sobre os traços básico desta.

Parece-nos finalmente que as intervenções preventivas e os tratamentos, incluindo terapia cognitivo comportamental, terapia de resolução de problemas, a terapia psicodinâmica breve se têm demonstrado eficazes, mas muito pouco usado com idosos de idade mais avançada, deviam passar a ser mais usados em idosos institucionalizados.

Bibliografia

Esteves, M. F. S. (2003). *A Actividade Física, as Autopercepções Físicas, a Felicidade e os Afectos de Adultos Idosos*. (Dissertação de mestrado não-publicada). Faculdade de Ciências do Deporto e da Educação Física da Universidade do Porto, Porto.

Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2.^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Koc, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3037–3046. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04277.x

Lecovich, E. & Biderman, A. (2012). Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *International Psychogeriatrics*, 24 (3), 439–448. doi:10.1017/S1041610211001840

Luanaigh, C. & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *Internacional Jornal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213–1221. doi:10.1002/gps.2054

Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 126-140. Retirado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>

Marconcin, P. E. P. (2009). *Bem-estar subjetivo e a prática desportiva em idosos alunos de universidades seniores do Porto*. (Dissertação de mestrado não-publicada). Faculdade de Ciências do Deporto e da Educação Física da Universidade do Porto, Porto.

Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em Português*. (1.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Paúl, C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 53–60. doi:10.1017/S0959259809990074

Pechorro, P. F. S. (2011). *Delinquência juvenil: Estudo de algumas variáveis psicológicas e relacionais com ênfase nos traços psicopáticos*. (Dissertação de Doutoramento não-publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Pechorro, P., Marôco, P., Poiares, C. & Vieira, R. X., (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, (5/6), 174-179.

Pocinho, M., Farate, C. & Dias, A., (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 18, 65-77.

Rodrigues, M. I. A. (2011). *Auto-estima e Qualidade de Vida nas Mulheres Idosas Institucionalizadas*. (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Routasalo, P. & Pitkala, K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 303–311. doi:10.1017/S095925980400111X

Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R., Strandberg, T. & Pitkala, K. (2005). Social Contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study. *Gerontology*, 52, 181-187.

Singh, K. & Srivastava, S. K. (2014). Loneliness and Quality of Life Among Elderly People. *Journal of Psychosocial Research*, 9 (1), 11-18.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª Ed.). Pero Pinheiro: Rolo & Filhos II, SA.

Russell, D. (2009). Living Arrangements, Social Integration, and Loneliness in Later Life: The Case of Physical Disability. *Journal of Health and Social Behavior*, 50 (4), 460-475.

Shyam, R. & Yadev, S. (2006). Indices of Well-being of Older Adults: A Study Amongst Institutionalized and Non-institutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 21, 79-84.